

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na PAS do Itaguá,  
Ubatuba / SP**

**Elaine Turruellas Pedrayes**

**Pelotas, 2015**

Elaine Turruellas Pedrayes

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na PAS do Itaguá,  
Ubatuba / SP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Pâmela Ferreira Todendi

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

P371m Pedrayes, Elaine Turruellas

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM na  
Pas do Itaguá, Ubatuba / SP / Elaine Turruellas Pedrayes; Pâmela  
Ferreira Todendi, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da  
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de  
Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença  
Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Todendi, Pâmela Ferreira,  
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida: Meu amado filho José Ernesto, meus queridos pais e meu amado esposo por seu apoio infinito, sempre dando carinho, incentivo, determinação, fé, e principalmente pelo amor de vocês.

## **Agradecimentos**

Ao Programa Mais Médicos que me proporcionou à oportunidade de trabalhar neste país e a realização do curso de Pós-graduação em Saúde da Família. Através de nossa experiência profissional, aperfeiçoando e ampliando meus conhecimentos, melhorando assim, a qualidade de vida da população e nosso trabalho. Obrigada.

## Resumo

PEDRAYES, Turruellas Elaine. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na PAS do Itaguá, Ubatuba/SP**. 2015. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. Frente a essa realidade, este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM no Posto de Atenção de Saúde, Itaguá no município de Ubatuba/SP. Realizamos busca ativa através dos atendimentos médicos e das visitas domiciliares pelos ACS, com aferição da pressão arterial em toda população maior de 20 anos da área de abrangência da unidade e exame de glicemia em toda população de risco para diabetes. A intervenção foi realizada em 12 semanas, de fevereiro a abril de 2015. Para a organização dos dados utilizou-se ficha espelho e planilha de coleta de dados fornecida pelo curso. Para o desenvolvimento das ações utilizou-se o protocolo do Ministério da Saúde, seguindo ações em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Organizamos os serviços para garantir o cadastramento e realização do registro para os usuários com HAS e DM, além disso, incrementamos maior quantidade e qualidade dos atendimentos médicos para atingir nosso objetivo. A meta era cadastrar 80% dos HAS e DM residentes na área de abrangência da unidade. No desenvolvimento da intervenção no 1º mês foram cadastrados 83 (15,6%) usuários HAS, no segundo 2º mês 204 (38,4%) e no 3º mês foram 384 (72,3%) usuários cadastrados, em relação aos DM no 1º mês cadastramos 37 (28%) usuários DM, no 2º mês 76 (58%) e no 3º mês 103 (78,6%) usuários foram cadastrados. Todos os usuários HAS e DM tiveram exames clínicos em dia de acordo com o protocolo, atingindo 100% de cobertura durante os três meses de intervenção. Em relação aos exames complementares em dia ao final da intervenção 83,3% dos HAS e 85,4% dos DM estavam com estes exames em dia. Todos os usuários HAS e DM receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, busca ativa de usuários faltosos e estratificação de risco cardiovascular em todos os meses de intervenção. A intervenção foi de muita importância, melhorando a organização, cobertura e qualidade dos serviços. Com a implementação do protocolo do Ministério da Saúde a população ficou mais sensibilizada com a necessidade da prevenção e controle da HAS e DM, além de valorizar mais o trabalho dos profissionais da unidade de saúde. A equipe está mais capacitada e os profissionais estão cientes de suas atribuições e comprometidos para manter os avanços alcançados com a intervenção. As ações viraram rotina dos serviços da UBS.

Palavras-Chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus, hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Foto representativa da visita domiciliar busca ativa de HAS.	51
Figura 2	Foto representativa dos exames na busca ativa de DM.	51
Figura 3	Foto representativa do atendimento médico, busca ativa e cadastro de usuário com HAS.	51
Figura 4	Foto representativa do contato com lideranças comunitárias.	51
Figura 5	Foto representativa das palestras na sala de espera da UBS.	52
Figura 6	Foto representativa das palestras na comunidade.	52
Figura 7	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.	56
Figura 8	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.	57
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.	58
Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.	59
Figura 11	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.	60
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.	61
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registros adequado na ficha de acompanhamento no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.	63
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registros adequado na ficha de acompanhamento no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.	64

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PAS	Posto de Atenção de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa .....	20
2.2 Objetivos e metas .....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	40
2.3.3 Logística .....	48
2.3.4 Cronograma.....	50
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	53
4 Avaliação da intervenção.....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discussão .....	67
5 Relatório da intervenção para gestores .....	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	76
Referências .....	78
Anexos .....	79

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na PAS do Itaguá, Ubatuba/SP. O volume está organizado em sete capítulos, no primeiro capítulo temos a análise situacional com texto inicial sobre a situação da ESF/APS e após o relatório da análise situacional, que descreve a unidade, equipe e ações prioritárias, finalizando o capítulo, apresenta-se um texto comparativo sobre a situação inicial e relatório. No segundo capítulo descreve-se a análise estratégica por meio da elaboração de um projeto de intervenção que se efetuou ao longo da unidade 2 do curso. No terceiro capítulo temos o relatório da intervenção feito ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. No quarto capítulo encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com as figuras correspondentes aos indicadores nos resultados e discussão do projeto, confeccionados ao longo da unidade 4. O quinto capítulo apresenta-se o relatório da intervenção para gestores, no sexto temos a descrição do relatório da intervenção para a comunidade e no sétimo capítulo uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no curso.

Finalizando o volume, estão os apêndices e anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de janeiro de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas, sua finalização ocorrerá no mês de setembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

O plano de atendimento à saúde (PAS) do Itagua encontra-se no Bairro Itagua do município de Ubatuba, Estado de São Paulo. A UBS tem uma estrutura adequada com sala de espera, recepção, sala de vacinas, sala de curativos, farmácia, consultórios para médico, enfermeira, técnicas de enfermagem e copa. Não temos consultório odontológico. Os consultórios possuem espaços bons e permitem entrada de usuários com cadeiras de roda. A sala de espera possui as cadeiras adequadas, televisão e manuais educativos para os usuários usarem enquanto aguardam serem atendidos. Temos os recursos necessários para fazer atendimentos (três esfigmomanômetros com estetoscópios, lanterna, otoscópio, oftalmoscópio, sonar e glucosímetro) importantes para fazer um bom exame físico e executar um diagnóstico mais certo.

Existe carência de instrumentos, equipamento, insumos utilizados para pequenos procedimentos cirúrgicos, faltam anestésicos locais, material para sutura, entre outros. Temos sistema de reposição de materiais de consumo, mobília e/ou instrumentais.

Com os medicamentos a situação é muito difícil, pois a demanda é maior que a oferta. Não há correspondência do cadastro das doenças crônicas com a disponibilidade dos medicamentos. Falta medicação para o tratamento de muitas doenças transmissíveis e não transmissíveis. Isso dificulta a satisfação dos usuários e a realização do tratamento de maneira adequada. Não existem medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.

As vacinas do calendário do Programa Nacional de Imunizações são realizadas rotineiramente na UBS. A realização de exames e encaminhamento especializado demora muito tempo para serem marcados. Estas questões são motivo de queixa dos usuários, mas nossa equipe facilita as orientações que os usuários necessitam.

A equipe de saúde é composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, médica, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma recepcionista e uma auxiliar geral.

O trabalho começa com reunião da equipe onde planejamos as atividades da semana para as consultas, seguimentos de rotina, usuários vacinados, pesquisa ativa de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis e atividades de promoção e prevenção da saúde na comunidade. As doenças mais frequentes na comunidade são a HAS e DM. Com ações educativas a equipe tenta controlar essas doenças. As queixas mais frequentes nos atendimentos são as dores osteomusculares e distúrbios psíquicos causados pelo estresse.

Os usuários do PAS estão habituados no momento da realização da consulta médica a não se queixarem do que sentem (sinais, sintomas e mal estar). Iniciam a consulta médica solicitando exames como: exames laboratoriais, ultrasonografia, RX e etc. Esta situação diminuiu a importância do ato clínico. Parece ser um hábito ligado a cultura do povo. O objetivo que se propõe a equipe é através de informação e ações educativas individuais e em grupos mudar essa atitude.

A equipe não tem todos os profissionais necessários para oferecer um atendimento integral à população, mas o acolhimento é ótimo e todos os integrantes da equipe trabalham unidos para oferecer um atendimento profissional e humanizado. Os usuários ficam agradecidos por ter médico fazendo atendimentos cedo e em dois turnos todos os dias. Além disso, mostram sua satisfação com a qualidade dos atendimentos e o acolhimento da UBS. A equipe realiza desenvolvimento dos programas da ESF e acredito que existe um compromisso com a saúde dos usuários de nossa área adstrita.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Ubatuba, Estado de São Paulo tem 78.801 habitantes (SIAB, Ubatuba/SP), possui 23 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) funcionando em 20 UBS, sendo que algumas não possuem sede própria, usando espaço físico cedido e/ou alugado. Existe um hospital de urgências/emergências com salas para internamento. Quanto ao NASF, tem uma equipe composta por: nutricionista, educadora física, assistente social, fonoaudiólogo, psicóloga e fisioterapeuta. Quando há necessidade de acompanhamento de algum usuário por estes profissionais a equipe da ESF encaminha o usuário para a devida especialidade e o mesmo é atendido, além disso, o NASF desenvolve um conjunto de programas e atividades educativas executadas em conjunto com as equipes da ESF. O município dispõe de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para atendimento odontológico geral, também atende aos casos de: endodontia, periodontia, prótese dentária, raios-X, entre outros.

Para atenção especializada é instalada no município uma central de marcação de consultas e exames que se relaciona com o sistema regulação de consultas e exames do estado que de acordo com a oferta disponibiliza consultas para todas as especialidades médicas solicitadas pelas equipes.

Vale ressaltar que como o sistema é orientado para todos os municípios da região, algumas especialidades são de acesso mais facilitado que outras. O município tem um centro de especialidades com disponibilidade de cardiologista, ginecologista, proctologista, oftalmologista, ortopedista, pediatra e psiquiatra. Dispõe também de um Centro de Atenção Psicossocial (CAP) e de um laboratório próprio para realização de exames de menor complexidade. Os exames de imagem como ultrassonografia e raios-X solicitados pelas equipes são realizados no próprio município. Com relação aos exames de maior complexidade, o município é regulado pelo sistema de regulação de consultas e exames onde são disponibilizados tais exames, à medida da oferta do sistema é feito conforme agendamentos. Como colocado anteriormente alguns exames são de acesso mais facilitado que outros.

A UBS Itagua é urbana, está localizada no bairro Itaguá na cidade de Ubatuba, está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e seu modelo de atenção é ESF. Tem uma equipe de saúde composta por uma médica, uma

enfermeira, duas técnicas de enfermagem, cinco ACS, uma recepcionista e uma auxiliar geral.

Estruturalmente a unidade tem uma estrutura adequada com sala de espera, recepção, sala de vacinas, sala de curativos, farmácia, consultórios para médico, enfermeira e técnicas de enfermagem e copa. Não temos consultório odontológico dificultando os atendimentos que são feitos no CEO muito distante da UBS.

Os consultórios tem bom espaço com paredes e pisos laváveis, além disso, permite a entrada de usuários com cadeiras de roda pela rampa para deficientes. O banheiro não é adaptado para idosos e deficientes. A sala de espera tem as cadeiras necessárias, televisão e manuais educativos para os usuários usarem quando aguardam ser atendidos. Temos os recursos necessários para fazer atendimentos (3 esfigmomanômetros com estetoscópios, lanterna, otoscópio, oftalmoscópio, sonar e glucosímetro) importantes para realizar um bom exame físico diagnóstico certo.

A equipe faz um grande esforço para colaborar com os usuários e fazer atendimentos da melhor qualidade possível, à situação com os medicamentos é difícil, pois a demanda é maior que a oferta. Não tem correlação o cadastro das doenças crônicas com a disponibilidade dos remédios na UBS. Falta medicação para o tratamento de muitas doenças transmissíveis e não transmissíveis. Isso dificulta a satisfação dos usuários e a realização do tratamento de maneira adequada. Para solucionar a carência de medicamentos na UBS prescrevemos medicamentos da farmácia popular disponível para nossos usuários no centro da cidade. Existe carência de instrumentos, equipamentos, insumos utilizados para pequenos procedimentos cirúrgicos, faltam anestésicos locais, material para sutura entre outros.

Não temos sala de reuniões para os ACS e os profissionais da equipe. A UBS oferece atendimento todos os dias da semana em dois turnos. Tem um cronograma de trabalho muito organizado, com dias específicos para cada ação prioritária (HAS, DM, Pré-natal, Puericultura etc.) de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, porém a atenção à demanda espontânea é realizada em qualquer dia e horário da semana. Os profissionais da equipe têm conhecimento de suas atribuições e deveres.

A reunião da equipe de saúde é feita a cada semana, nelas organiza-se o trabalho, planejando das ações de saúde, discussões de casos que precisam de avaliação pelo seu estado de saúde e planejamento das visitas domiciliares agendadas pelos ACS de acordo com as necessidades da população, que são realizadas pela médica e a enfermeira junto com os ACS. A equipe trabalha para o cumprimento das consultas agendadas de usuários com doenças crônicas, crianças e grávidas e quando acontece a falta deles a consulta, se faz visita ao domicílio para conhecer as causas pelas quais não foram até a ESF. Com a participação da enfermeira, médica e as ACS, também organizamos palestras educativas para os diferentes grupos (adolescentes, idosos, gestantes, etc.).

Atualmente trabalhamos na capacitação de líderes comunitários e formação de grupos para promover na comunidade estilos de vida mais saudáveis, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos aos riscos.

A equipe faz acompanhamento dos internamentos domiciliares, curativos e entrega de medicação. Os encaminhamentos médicos a outras especialidades se tramitam através da central de marcação de consultas. Existe demora em seu agendamento, mas sempre se tramitam de acordo as necessidades e urgência do usuário. A UBS não tem condições para realizar atenção médica de urgências e emergências, usuários que necessitam deste tipo de atendimento são encaminhados ao hospital.

Ainda estamos trabalhando na organização dos registros necessários para oferecer uma atenção de maior qualidade e com um melhor controle. Os profissionais da equipe trabalham para brindar uma atenção de melhor qualidade e alcançar a satisfação da população.

A área adstrita do PAS possui uma população de 3.490 habitantes, 1.710 do sexo masculino e 1.780 do sexo feminino. Encontra-se distribuído por idades: menor de um ano ( $n = 42$ ), de 1- 4 anos ( $n = 181$ ), de 5 - 9 anos ( $n = 270$ ), de 10 - 14 anos ( $n = 250$ ), de 15 - 19 anos ( $n = 290$ ), de 20 - 39 anos ( $n = 932$ ), de 40 - 49 anos ( $n = 454$ ), de 50 - 59 anos ( $n = 502$ ) e de 60 e mais ( $n = 569$ ) (SIAB, Ubatuba/SP) Considera-se inadequado o tamanho do serviço (estrutura e equipe) para o tamanho da área adstrita.

A equipe de saúde da família é responsável por proporcionar atenção integral e continuada a sua comunidade. Além disso, ter disposição e capacidade de

identificar e compreender as variadas demandas, problemas e necessidades de saúde, também de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente.

Em nossa UBS o acolhimento à demanda espontânea é feito com participação de toda a equipe, ainda temos excesso de demanda devido à quantidade da população. Os profissionais se mostram muito sensíveis com aqueles usuários que chegam solicitando atendimento e sempre estão prontos para acolher aquele usuário que precisa do serviço, necessitando de alguma ajuda orientação ou simplesmente ser escutado. Esse é o princípio humanitário de nosso trabalho que não tem horário ou tempo determinado.

No que tange a puericultura em nossa UBS todos os profissionais da equipe estão envolvidos. Temos arquivo para o registro de atendimentos que junto aos prontuários clínicos são revisados periodicamente pela enfermeira, técnica de enfermagem e as ACS para verificar crianças faltosas.

As consultas da puericultura para crianças de zero a 48 meses não são feitas na UBS, acontecem no centro de especialidades pelas pediatras como parte da organização do município, mas estamos trabalhando para ao início do próximo ano começar a ser feitos nas UBS. Por enquanto nossa equipe acompanha a saúde das crianças durante as visitas domiciliares verificando a assistência às consultas, vacinação e promoção de aleitamento materno. Temos 42 crianças na faixa etária de 0-1 ano de idade totalizando 93% de cobertura. O caderno de ações programáticas estima 45 crianças menores de um ano residentes na área adstrita à UBS.

Os atendimentos de puericultura na UBS são feitos um dia da semana, eles acontecem em todos os turnos, mas se alguma criança precisar de atendimento clínico, esta é atendida em qualquer dia e horário. As consultas de puericultura para crianças de 48 a 72 meses são feitas com a frequência correspondente. As consultas são feitas pela enfermeira e pela médica, nelas é avaliado o desenvolvimento psicomotor e posicionamento das crianças na curva de crescimento, cumprimento das vacinas, alimentação e classificação de risco. Realizam-se trabalhos educativos para promoção de hábitos alimentares saudáveis, desenvolvimento psicomotor e prevenção dos acidentes.

Após a consulta de puericultura a crianças saem da UBS com a próxima consulta programada e agendada. Ainda que a equipe encontra-se envolvida na



puericultura e atendimento das crianças, algumas coisas precisam ser melhoradas, já que não possuímos protocolos de atendimentos específicos para puericultura que permite organizar como preconiza o Ministério da Saúde as ações desenvolvidas para melhorar a qualidade de atenção à saúde das crianças.

Na UBS não temos protocolo de atendimento para o pré-natal e puerpério. Temos arquivo para o registro de atendimentos no prontuário clínico e no cartão da gestante. A enfermeira é responsável pelo programa SIS pré-natal do Ministério da Saúde, assim como, pelo envio do cadastro à secretaria municipal de saúde. No município temos consulta de saúde da mulher onde encaminhamos para avaliar as gestantes de alto risco que são acompanhadas em consulta na UBS com a obstetra juntamente com nossa ESF.

As consultas de pré-natal acontecem um dia de cada semana e são feitas alternativamente pela enfermeira e pela médica, sendo a primeira consulta feita pela enfermeira. Se a gestante não pode ir ao dia de sua consulta, sua ACS faz visita domiciliar e agenda uma nova consulta no menor tempo possível de acordo com a disponibilidade da usuária. A equipe tem conhecimento de nossa população feminina em idade fértil e faz a captação das mulheres grávidas precocemente para que tenham um adequado pré-natal. Atualmente temos 38 gestantes cadastradas e 73% de cobertura, segundo o caderno de ações programáticas o número estimado de gestantes na área são de 52 usuárias. Tem constituído um grupo de gestantes para fazer ações educativas facilitando a preparação das gestantes para o período da gestação, parto, puerpério e cuidados das crianças. Eu acho que nossa atenção pré-natal ainda tem dificuldades, os exames orientados demoram a serem feitos e para receber o resultado.

Poucas mulheres assistem a consulta de puerpério depois do parto, então nossa equipe realiza visita para consulta domiciliar as puérperas e as crianças, assim são avaliadas nos primeiros 7 dias para fazer um adequado acompanhamento. No momento 39 puérperas (87%) realizaram consulta de puerpério nos últimos 12 meses, o caderno estima 45 partos realizados nos últimos 12 meses. O atendimento delas é feito pela enfermagem, técnica de enfermagem e a medica além de ser acompanhada pelos ACS.

Em nossa UBS os profissionais encontram-se envolvidos nas ações de promoção de saúde e prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama.

Realiza-se orientação para o uso de preservativos, os malefícios do tabagismo, consumo excessivo do álcool, importância do controle do peso corporal da mulher, prática regular de atividade física, importância do preventivo do câncer do colo do útero e educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer da mama.

Não temos protocolos de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Temos cadastradas 954 mulheres entre 25 e 64 anos de idade chegando a 98% de cobertura. Os exames citopatológicos são orientados e agendados pelas ACS, enfermeira e a médica. A coleta de exame citopatológico é feita pela enfermeira todas as semanas em um só turno de atendimento, quando a usuária não consegue ir pode reagendar para outro dia. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e no formulário especial para citopatológico, os resultados são registrados também no prontuário clínico. Temos livro de registro dos resultados para fazer o monitoramento e avaliação do programa. No último mês tivemos 7 exames alterados.

O rastreamento do câncer de mama é feito nos atendimentos domiciliares e na UBS todos os dias. Temos cadastradas 279 mulheres na faixa etária de 50-69 anos para um indicador de cobertura de 87%. No atendimento à mulher é realizado exame clínico de mama para detectar lesões palpáveis e se investigam fatores de risco para câncer de mama, sendo registrado no prontuário clínico. Os profissionais orientam e ensinam as mulheres para fazer exame das mamas sozinhas em suas casas periodicamente. A solicitação da mamografia é de acordo à faixa etária (seguindo as orientações da central de marcação de consultas e exames do município), pelo risco ou quadro clínico. Temos disponibilidade para sua realização embora os agendamentos sejam demorados.

Na UBS não temos diagnosticado mulheres com câncer de colo de útero além de ter algumas mulheres em acompanhamento por lesões tipo NIC. Não temos detectado câncer de mama, temos 11 usuárias em acompanhamento com mastologistas por lesões císticas da mama.

Com relação aos HAS e DM, a UBS possui cadastrados 377 usuários HAS e 98 DM para um indicador de cobertura de 49% e 44% respectivamente. As consultas são agendadas e acontecem as terças-feiras nos dois turnos, caso algum usuário não possa ir até a unidade no dia agendado, marcamos a consulta conforme

sua disponibilidade. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos. Nas consultas se faz a pesagem, medida da pressão arterial, assim como, teste de glicose para os DM, exame físico completo e requisição de exames de rotina para melhor avaliação. Também se faz orientação de alimentação saudável e exercícios físicos.

Na UBS não temos protocolos de HAS e DM, existe um livro onde a técnica de enfermagem tem controle destes usuários e faz agendamento da próxima consulta, assim ao sair do atendimento o usuário já tem data da próxima consulta agendada. Os ACS também controlam na sua área de abrangência à assistência as consultas, fazendo visita domiciliar aos faltosos. A maioria dos usuários vão sem dificuldade as consultas programadas. As demandas agudas são atendidas quando for preciso todos os dias nos dois turnos de atendimento.

O atendimento dos usuários HAS e DM não é totalmente adequado e de qualidade, muitos usuários ainda não possuem os exames de rotina em dia e outros ainda não estão diagnosticados pela ausência dos sintomas, falta de pesquisa, entre outras causas. A equipe realiza todos os meses ações educativas com grupos de HAS e DM e trabalha para planejar ações com a comunidade para aumentar as pesquisas de usuários com estas doenças.

Na UBS tem cadastrados 569 usuários idosos, sendo 100% de cobertura. O caderno de ações programáticas estima 405 usuários com 60 anos ou mais residentes na área, mas atendemos um número maior que este. Não tem protocolo de atendimento à pessoa idosa. Temos planejado os atendimentos aos idosos, tanto na consulta médica que acontece toda quinta-feira como nas visitas domiciliares que fazemos acompanhado pela enfermeira, técnica de enfermagem e as ACS.

Os acolhimentos aos idosos são feitos pela enfermeira e a técnica de enfermagem, temos registro de atendimento e marcação de consulta para verificar os faltosos ao retorno programado e visitá-los. Em cada consulta procuramos conhecer como está evoluindo sua saúde e o que aconteceu desde o último atendimento, fazemos avaliação da capacidade funcional global, explicamos ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência, como prevenir as complicações, hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas, saúde bucal etc. Também avaliamos o complemento das orientações dos profissionais. Infelizmente não temos dentista e

temos dificuldades para avaliação da saúde bucal de nossos usuários, questão muito importante nesta etapa da vida. Nossa equipe tem cinco grupos de idosos, um para cada ACS. Mensalmente fazemos atividades junto a equipe do NASF, palestras, caminhadas, festas, entre outras atividades.

Com a aplicação dos questionários mudaram alguns aspectos do trabalho da equipe. Procuramos pela internet os protocolos do Ministério da Saúde para os diferentes atendimentos, imprimimos e agora estão disponibilizados na UBS. O maior desafio que tem nossa equipe é brindar uma atenção de qualidade além das dificuldades. Nossa maior fortaleza é ter profissionais comprometidos com a saúde da população.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

O texto inicial e o Relatório da Análise Situacional foram feitos na mesma semana devido minha realocação em nova UBS e estado. Tenho apenas 15 dias de trabalho na UBS, assim não tenho percebido mudanças do texto inicial para o relatório.

Acreditamos, com os conhecimentos adquiridos no curso quanto à organização e gestão na APS, conseguir mudanças importantes no funcionamento da UBS fundamentalmente na organização dos serviços e na otimização da agenda para aumentar a produtividade e qualidade do trabalho da equipe, além disso, implementar os protocolos do Ministério da Saúde para contribuir positivamente à saúde de nossa população.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A HAS e o DM representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. A HAS afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos, cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada (BRASIL, 2001). Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações. Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna. Se for possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido (BRASIL, 2001). O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013)

A UBS Itagua do município Ubatuba/SP tem uma estrutura adequada com sala de espera, recepção, sala de vacinas, sala de curativos, farmácia, consultórios para médico, enfermeira, técnicas em enfermagem e copa. Não temos consultório odontológico. Os consultórios possuem espaços bons e permitem entrada de usuários com cadeiras de roda. A sala de espera possui cadeiras adequadas, televisão e manuais educativos para os usuários utilizarem enquanto aguardam.

Temos disponíveis na unidade estetoscópios, lanterna, otoscópio, oftalmoscópio, sonar e glucosímetro, importantes para fazer um bom exame físico e executar um diagnóstico mais certo. A Equipe de Saúde é composta por uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, médica, cinco ACS, uma recepcionista e uma auxiliar geral. A área adstrita da UBS possui uma população de 3.490 habitantes. Considera-se inadequado o tamanho do serviço (estrutura e equipe) para o tamanho da área adstrita. A equipe de saúde da família é responsável por proporcionar atenção integral e continuada a sua comunidade. Além disso, ter disposição e capacidade de identificar e compreender as variadas demandas, problemas e necessidades de saúde, também de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente. Recentemente criamos 2 grupos de HAS e DM e estamos desenvolvendo atividades de promoção e prevenção de saúde em conjunto com o NASF, realizando grupos de alongamento, envelhecimento saudável, rodas de chá, entre outras atividades.

Na UBS realizamos atendimento dos usuários com HAS e DM como estabelece o protocolo do Ministério da saúde (BRASIL, 2013). Os atendimentos são registrados no prontuário clínico dos usuários e armazenados em um arquivo específico para o programa, também temos um livro onde a técnica em enfermagem tem controle e agenda às consultas dos usuários. O livro é revisado periodicamente para verificar os faltosos. Não temos demanda espontânea para atendimento de problemas de saúde agudos por HAS e DM. A estimativa do número de HAS com 20 anos ou mais residentes na área é de 776 e a unidade possui 377 usuários cadastrados, total de 49% de cobertura. A estimativa para DM com 20 anos ou mais residentes na área é de 222 usuários, no momento temos somente 98 cadastrados e total de 44% de cobertura. Quando avaliamos o indicador de qualidade observamos aspectos importantes, como exames complementares periódicos em dia temos 68% dos HAS e 72% dos DM em dia, avaliação de saúde bucal temos 45% dos HAS e 68% dos DM em dia.

Depois de conhecer as estimativas do caderno de ações programáticas para nossa UBS e a morbimortalidade por HAS e DM no SUS consideramos importante fazer rastreamento para HAS e DM na área de cobertura para conhecer usuários portadores destas doenças que não estão cadastrados, além disso, diagnosticar

quem tem a doença e não sabe identificar os fatores de risco para desenvolver estas patologias e assim iniciar cuidados preventivos.

A população conhece e está sensibilizada com o nosso trabalho, faz uso dos serviços oferecidos pela UBS. É uma conquista da nossa equipe os HAS e DM com acompanhamento em clínicas particulares e com planos de saúde procurarem acompanhamento em nossa UBS. Em geral nossos usuários encontram-se satisfeitos com a qualidade dos atendimentos dos profissionais da equipe, estão receptivos as ações, as consultas programadas, cumprem as orientações e a maioria gosta de participar dos grupos. A equipe precisa procurar horários especiais para os usuários que trabalham participar dos grupos e palestras.

A equipe sente-se comprometida com a intervenção, a qual é extremamente importante no contexto da UBS para continuar melhorando os indicadores de saúde e a qualidade de vida de nossa população como preconiza o Ministério da Saúde. No presente trabalho vamos propor aumentar ações de rastreamento na comunidade e ampliar a cobertura dos usuários HAS e DM para 80% no período de quatro meses, garantir 100% dos usuários a realização de exames complementares, avaliação da saúde bucal em dia de acordo com o protocolo e manter a ficha de acompanhamento em dia. Vamos realizar uma intervenção educativa e sistematizada melhorando a qualidade dos serviços prestados à população com HAS e DM. As principais dificuldades e limitações existentes estão relacionadas com os recursos para fazer as cópias das fichas espelhos que não coincidem com as usadas na rotina da UBS, a disponibilização do transporte pela secretaria municipal de saúde necessário para descolamento da equipe, insumos necessários e a demora em receber os resultados dos exames.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A HAS e o DM representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. A HAS afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos, cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada (BRASIL, 2001). Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances

de evitar complicações. Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna. Se for possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido (BRASIL, 2001). O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013)

A UBS Itagua do município Ubatuba/SP tem uma estrutura adequada com sala de espera, recepção, sala de vacinas, sala de curativos, farmácia, consultórios para médico, enfermeira, técnicas em enfermagem e copa. Não temos consultório odontológico. Os consultórios possuem espaços bons e permitem entrada de usuários com cadeiras de roda. A sala de espera possui cadeiras adequadas, televisão e manuais educativos para os usuários utilizarem enquanto aguardam. Temos disponíveis na unidade estetoscópios, lanterna, otoscópio, oftalmoscópio, sonar e glucosímetro, importantes para fazer um bom exame físico e executar um diagnóstico mais certo. A Equipe de Saúde é composta por uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, médica, cinco ACS, uma recepcionista e uma auxiliar geral. A área adstrita da UBS possui uma população de 3.490 habitantes. Considera-se inadequado o tamanho do serviço (estrutura e equipe) para o tamanho da área adstrita. A equipe de saúde da família é responsável por proporcionar atenção integral e continuada a sua comunidade. Além disso, ter disposição e capacidade de identificar e compreender as variadas demandas, problemas e necessidades de saúde, também de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente. Recentemente criamos 2 grupos de HAS e DM e estamos desenvolvendo atividades de promoção e prevenção de saúde em conjunto com o NASF, realizando grupos de alongamento, envelhecimento saudável, rodas de chá, entre outras atividades.

Na UBS realizamos atendimento dos usuários com HAS e DM como estabelece o protocolo do Ministério da saúde (BRASIL, 2013). Os atendimentos são registrados no prontuário clínico dos usuários e armazenados em um arquivo específico para o programa, também temos um livro onde a técnica em enfermagem tem controle e agenda às consultas dos usuários. O livro é revisado periodicamente



para verificar os faltosos. Não temos demanda espontânea para atendimento de problemas de saúde agudos por HAS e DM. A estimativa do número de HAS com 20 anos ou mais residentes na área é de 776 e a unidade possui 377 usuários cadastrados, total de 49% de cobertura. A estimativa para DM com 20 anos ou mais residentes na área é de 222 usuários, no momento temos somente 98 cadastrados e total de 44% de cobertura. Quando avaliamos o indicador de qualidade observamos aspectos importantes, como exames complementares periódicos em dia temos 68% dos HAS e 72% dos DM em dia, avaliação de saúde bucal temos 45% dos HAS e 68% dos DM em dia. Depois de conhecer as estimativas do caderno de ações programáticas para nossa UBS e a morbimortalidade por HAS e DM no SUS consideramos importante fazer rastreamento para HAS e DM na área de cobertura para conhecer usuários portadores destas doenças que não estão cadastrados, além disso, diagnosticar quem tem a doença e não sabe identificar os fatores de risco para desenvolver estas patologias e assim iniciar cuidados preventivos.

A população conhece e está sensibilizada com o nosso trabalho, faz uso dos serviços oferecidos pela UBS. É uma conquista da nossa equipe os HAS e DM com acompanhamento em clínicas particulares e com planos de saúde procurarem acompanhamento em nossa UBS. Em geral nossos usuários encontram-se satisfeitos com a qualidade dos atendimentos dos profissionais da equipe, estão receptivos as ações, as consultas programadas, cumprem as orientações e a maioria gosta de participar dos grupos. A equipe precisa procurar horários especiais para os usuários que trabalham participar dos grupos e palestras. A equipe sente-se comprometida com a intervenção, a qual é extremamente importante no contexto da UBS para continuar melhorando os indicadores de saúde e a qualidade de vida de nossa população como preconiza o Ministério da Saúde. No presente trabalho vamos propor aumentar ações de rastreamento na comunidade e ampliar a cobertura dos usuários HAS e DM para 80% no período de quatro meses, garantir 100% dos usuários a realização de exames complementares, avaliação da saúde bucal em dia de acordo com o protocolo e manter a ficha de acompanhamento em dia. Vamos realizar uma intervenção educativa e sistematizada melhorando a qualidade dos serviços prestados à população com HAS e DM. As principais dificuldades e limitações existentes estão relacionadas com os recursos para fazer as cópias das fichas espelhos que não coincidem com as usadas na rotina da UBS,

a disponibilização do transporte pela secretaria municipal de saúde necessário para descolamento da equipe, insumos necessários e a demora em receber os resultados dos exames.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na PAS Itagua no município de Ubatuba/SP.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos da área adstrita à unidade.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos da área adstrita à unidade.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular área adstrita à unidade.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

### **Metas**

As ações do projeto estão organizadas com a finalidade de responder aos objetivos e as metas do projeto, sendo assim descritas abaixo:

**Relativa ao objetivo 1:** ampliar a cobertura da população diabética e hipertensa na área.

1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

**Relativa ao objetivo 2:** melhorar a qualidade de atenção a diabético e hipertenso em nossa UBS.

2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.3- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.6- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

2.7- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.8- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Relativa ao objetivo 3:** melhorar a adesão dos diabéticos e hipertensos ao programa.

3.1 Fazer busca ativa de 100% dos hipertensos faltosos às consultas médicas.

3.2 Fazer busca ativa de 100% dos diabéticos faltosos às consultas médicas.

**Relativa ao objetivo 4:** melhorar o registro das informações dos diabéticos e hipertensos em nossa UBS.

4.1 Manter 100% dos usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

4.2 Manter 100% dos usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Relativa ao objetivo 5:** mapear diabéticos e hipertensos de risco para doença cardiovascular.

5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

5.2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Relativa ao objetivo 6: promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.**

6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) PAS do Itaguá, no Município de Itaguá. No entanto, a intervenção foi realizada em 12 semanas conforme foi determinado pela coordenação do curso. Participaram todos os usuários HAS e DM pertencentes à área adstrita à unidade.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

#### Objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos na unidade.

1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

#### **Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizada inicialmente uma revisão detalhada dos registros da UBS, participarão a médica, enfermeira e ACS para determinar o número de HAS e DM cadastrados no programa de atenção à HAS e DM da unidade. O monitoramento será realizado todos os dias.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

Ações:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Os registros dos usuários será realizados pela recepcionista, cuja qual será responsável pela organização do arquivo com as fichas espelhos, os prontuários clínicos e o caderno de cadastro. Os profissionais serão capacitados pela enfermeira para o acolhimento dos usuários com HAS e/ou DM, sobre as políticas de humanização e para adoção dos protocolos referentes à HAS e DM propostos pelo Ministério da Saúde. As técnicas de enfermagem ficarão responsáveis pelo acolhimento dos usuários garantindo o preenchimento dos dados gerais nas fichas espelho e nos prontuários clínicos, realizando os procedimentos iniciais da pré-consulta (pesagem corporal, altura, verificação da PA e teste de

glicemia) e a orientação dos usuários. A unidade tem o equipamento necessário para a tomada da medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste. A secretaria de saúde ficou responsável pelo fornecimento das fitas para hemoglicoteste.

### **Engajamento Público**

#### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Cartazes serão fixados na UBS e nos espaços públicos da comunidade informando sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde e as ações da intervenção além da importância do rastreamento e os fatores de risco para o desenvolvimento delas. Realizaremos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática (HAS e DM). A enfermeira e as técnicas de enfermagem desenvolverão palestras no início dos atendimentos clínicos informando sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e como identificar e modificar os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças. A médica e a enfermeira junto à equipe do NASF realizarão palestras na comunidade sobre prevenção e controle de DM e HAS.

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A médica e a enfermeira capacitarão os ACS para busca ativa e cadastramento dos usuários DM e/ou HAS da área adstrita no programa, além disso, a enfermeira na reunião da equipe capacitará a técnica em enfermagem sobre a verificação da PA e o teste de hemoglicose.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção ao diabético e hipertenso em nossa UBS.

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

2.2. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

### **Monitoramento e Avaliação**

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será realizada no início uma revisão detalhada da realização de exame clínico apropriado dos usuários HAS e DM e o número deles com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Além disso, o número de usuários HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, o acesso aos medicamentos da

Farmácia Popular/Hiperdia e os usuários HAS e DM que necessitam de atendimento odontológico será monitorado semanalmente pela técnica em enfermagem.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Os profissionais terão bem definido suas responsabilidades e cada um estará comprometido com seu papel nas ações programáticas estabelecidas no cronograma para facilitar a implementação do protocolo. Os ACS após a capacitação nas visitas domiciliares para a busca ativa de DM e HAS realizarão aferição da PA e teste de hemoglicose aos usuários. As técnicas de enfermagem serão responsáveis pelos procedimentos iniciais da pré-consulta (pesagem corporal, altura, verificação da PA e teste de glicemia). A enfermeira e a médica ficarão com a responsabilidade do atendimento clínico com qualidade como estabelece o protocolo. A enfermeira realizará treinamento da equipe sobre as técnicas adequadas para realização das aferições de PA, glicemia e para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico. A médica será responsável pela capacitação da equipe para inserir as ações da intervenção na rotina da UBS e facilitar a implementação dos protocolos do Ministério da Saúde com atualizações de acordo as necessidades em cada reunião da equipe. A secretaria de saúde fornecerá o protocolo impresso atualizada.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.



Detalhamento: Nas visitas domiciliares com apoio dos ACC e nos atendimentos clínicos a médica e a enfermeira garantirão a solicitação dos exames complementares definidos pelo protocolo. Será estabelecida parceria com o laboratório clínico para a coleta de amostra para exames complementares na UBS e garantirá agilidade nos resultados. Assim ao chegar os resultados na unidade, o mesmo será avaliado pela enfermeira, agendando consulta médica para os usuários com resultados alterados.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: As técnicas de enfermagem realizarão controle de medicamentos no estoque da UBS (incluindo validade) e manterão o registro de necessidades de medicamentos dos usuários HAS e DM atualizados. Os profissionais realizarão avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante as visitas domiciliares e nos atendimentos clínicos realizando encaminhamento para o CEO quando precisarem garantindo o agendamento da consulta.

### **Engajamento público**

Ações:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Cartazes serão fixados na UBS com orientações sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM e a importância de realizar avaliação da saúde bucal. As técnicas de enfermagem e a enfermeira realizarão palestras no início dos atendimentos clínicos orientando aos usuários sobre a importância da prevenção e controle destas doenças, a periodicidade dos exames complementares além do direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Essas palestras nas comunidades serão realizadas pela médica e enfermeira com apoio da equipe do NASF e os profissionais do CEO. Orientaremos sobre risco, prevenção, controle e complicações destas doenças, assim como, a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

### **Qualificação da prática clínica**

Ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A médica capacitará os profissionais da equipe para a realização de exame clínico apropriado, a solicitação de exames complementares como estabelece o protocolo e realizará atualização do profissional no tratamento destas doenças. A enfermeira na reunião da equipe capacitará e orientará sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia no município. Os profissionais do CEO ajudarão a equipe a se capacitar para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários HAS e DM.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Monitoramento e avaliação**

Ações:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: A recepcionista manterá o controle da periodicidade das consultas previstas no protocolo orientadas pela médica no prontuário clínico ao final dos atendimentos e comunicará aos ACS os usuários faltosos. O monitoramento será realizado todos os dias.

**Organização e gestão dos serviços**

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos e hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Os ACS farão visita domiciliar cada semana para a busca dos usuários faltosos às consultas e a recepcionista organizará a agenda para acolher os usuários HAS e DM provenientes das buscas domiciliares.

### **Engajamento público**

#### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A comunidade será informada pelos profissionais nas palestras, atendimentos clínicos e nas visitas domiciliares pelos ACS, sobre a importância de realização das consultas. Criaremos um espaço na UBS para interagir e ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e DM (se houver número excessivo de faltosos). Esclareceremos aos usuários HAS e DM nos atendimentos clínicos e nas visitas domiciliares sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ações:**

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: serão treinados todos os ACS durante a reunião com a equipe quanto à importância de realizar as consultas e sua periodicidade. O médico e a enfermeira serão responsáveis pela capacitação.

#### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.**

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ações:**

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Cada semana a enfermeira e a médica farão uma revisão para avaliar e monitorar a qualidade dos registros de HAS e DM acompanhados na unidade de saúde comprovando o correto preenchimento deles.

### **Organização e gestão do serviço**

Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: A enfermeira no informe da produção mensal manterá as informações do SIAB atualizadas. Serão implantadas planilha/registro específico de acompanhamento organizado no arquivo de HAS e DM. Na reunião da equipe pactuaremos o registro das informações. A recepcionista junto à enfermeira e a médica serão responsáveis pelo monitoramento dos registros. As técnicas de enfermagem junto à recepcionista serão responsáveis pela organização do registro, para que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização da consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

### **Engajamento público**

Ações:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Os usuários e a comunidade serão orientados no final dos atendimentos médico pelas técnicas de enfermagem sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

### **Qualificação da prática clínica**

Ações:

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Nas reuniões a equipe será treinada sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do HAS e DM e capacitada para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. A enfermeira e a médica serão responsáveis

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: A médica e a enfermeira serão responsáveis de realizar a estratificação de risco cardiovascular aos usuários HAS e DM cadastrados na UBS, durante os atendimentos clínicos e nas visitas domiciliares. O monitoramento será realizado todos os dias.

### **Organização e gestão do serviço**

Ações:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será organizada agenda de atendimento priorizando e agendamento de consulta para usuários avaliados como de alto risco. As técnicas de enfermagem junto à enfermeira ficarão responsáveis.

### **Engajamento público**

Ações:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Serão realizadas palestras ao início dos atendimentos clínicos pela enfermeira e as técnicas de enfermagem, sobre a importância do acompanhamento regular. Nas palestras a serem feitas na comunidade pela médica, enfermeira e a equipe do NASF se esclarecerão aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

### **Qualificação da prática clínica**

Ações:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A médica realizará palestras para capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, quanto a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

### **Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ações**

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos e hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Se fará uma revisão dos registros da UBS para conhecer o cumprimento das consultas periódicas anuais dos HAS e DM com o dentista, orientação nutricional, atividade física regular e sobre riscos do tabagismo e álcool aos HAS e DM. O monitoramento será realizado todas as semanas.

### **Organização e gestão dos serviços**

#### **Ações:**

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.



- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Se estabelecerá parceria com o CEO para o encaminhamento e priorização do agendamento de consulta aos HAS e DM. Será responsável a enfermeira junto ao gestor municipal. Serão formados grupos para prática de atividades físicas com o educador físico do NASF e grupos de nutrição saudável com a nutricionista do NASF. Criação de grupo para o abandono do tabagismo com a psicóloga do NASF. Tudo com apoio da gestão municipal e o gerenciamento da enfermeira da equipe junto com a responsável da equipe do NASF vinculado a UBS.

### **Engajamento público**

#### **Ações:**

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: A médica e a enfermeira serão responsáveis pela realização de contato com as lideranças comunitárias para obter seu apoio no desenvolvimento das ações de promoção da saúde e demandar junto a comunidade e aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Colocaremos cartazes na UBS e nos espaços públicos da comunidade e faremos palestras no início dos atendimentos clínicos e nas comunidades com orientação para os usuários e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável e a prática de atividade física regular. Além de orientar aos HAS e DM sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Serão responsáveis os profissionais da equipe em parceria com a equipe do NASF.

### **Qualificação da prática clínica**

Ações:

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento: A equipe será capacitada para a avaliação e tratamento bucal do usuário HAS e DM com a responsabilidade da enfermeira e o dentista do CEO. A nutricionista do NASF capacitará a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. A capacitação da equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde será realizada pela psicóloga do NASF. O educador físico do NASF será responsável por capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. A equipe será capacitada pela psicóloga do NASF para o tratamento de usuários tabagistas. As capacitações serão realizadas sistematicamente nas reuniões da equipe com o planejamento da enfermeira junto ao responsável da equipe do NASF.

### 2.3.2 Indicadores

Os indicadores propostos neste projeto serão observados e avaliados para garantir o monitoramento e alcance das metas.

**Meta 1.1** Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 80% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes é residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.2.1- Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

**Meta 2.3** Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3.1- Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

**Meta 2.4** Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4.1- Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.7.1- Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.8.1- Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.5.1- Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.6.1- Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com diabetes inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 3.1** Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1.1- Proporção dos usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

Numerador: Número de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltoso às consultas.

**Meta 3.2** Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2.1- Gráfico indicativo da proporção dos usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

Numerador: Número de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltosa às consultas.

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2.1- Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2.1- Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.



Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.2.1 Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.3.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.4.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.5.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.6.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.7.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com hipertensão é que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.8.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

A intervenção será realizada com base no programa de atenção a hipertensão e diabetes de acordo com o Caderno de Atenção Básica da Saúde de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde, 2013. Os dados dos prontuários clínicos e os registros de atendimentos serão repassados semanalmente para a planilha eletrônica (ANEXO A) disponibilizada pelo curso para o acompanhamento da intervenção. Será realizado contato com o gestor municipal para dispor material necessário para realização da atividade em questão.

A enfermeira e o médico serão responsáveis por organizar o registro específico do programa, onde revisarão o livro de registro e prontuários dos HAS e DM que buscarem o serviço para realização do acompanhamento e atenção das doenças agudas, tratamento e avaliação clínica. As informações que constam nos prontuários serão repassadas para a ficha-espelho (ANEXO B). Ao mesmo tempo

realizará o primeiro monitoramento onde será anotada a data da última consulta, os resultados dos últimos exames e há quanto tempo não procuram o serviço.

A equipe conhece a análise situacional e a definição do foco de intervenção, portanto a intervenção iniciará com a capacitação dos profissionais para conhecimento do Caderno de Atenção Básica de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde, além de informar sobre o fluxo do serviço. Esta capacitação será realizada pela médica e enfermeira da equipe e ocorrerá no espaço físico da UBS, durante a primeira semana de intervenção, na última hora do expediente. Será realizada uma roda de discussão, após leitura dos cadernos para melhor compreensão e entendimento sobre o assunto.

Os usuários serão acolhidos na UBS pelos profissionais da equipe. A técnica em enfermagem será responsável por medir o peso corporal, aferir a altura, PA e teste de glicemia. Os usuários com sinais claros de doenças agudas terão prioridade no atendimento. Todos os usuários sairão com consulta agendada e os mesmos serão atendidos de acordo com a demanda espontânea e a agenda. A busca dos usuários faltosos será realizada pelos ACS após capacitação, ao fazer a busca já será agendada a próxima consulta.

Para sensibilizar a comunidade sobre o desenvolvimento da ação programática estaremos orientando sobre os benefícios da atuação do programa de hipertensão e diabetes a partir da realização de palestras, distribuições de folders, cartazes, visitas domiciliares, visita dos ACS e durante o atendimento clínico do médico e enfermeiro. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos.

O contato com a prefeitura será realizado em conjunto com a direção da unidade básica de saúde, para providenciar material de apoio, pessoal, meio de transporte e de comunicação. Solicitaremos suporte quanto à medicação, exames laboratoriais de rotina e especializados e necessidade de realização de procedimentos específicos.



### **3 Relatório da intervenção**

A intervenção foi realizada do mês de fevereiro ao mês de abril de 2015. O projeto deste trabalho foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas, no entanto foi realizado em 12 semanas por orientação da coordenação do curso, para que assim fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 5 ao calendário estabelecido pela universidade. Sendo assim, foram três meses de intenso trabalho.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Demorou muito o começo de nossa intervenção, fui remanejada de Estado e de município e precisei fazer o relatório da análise situacional da nova UBS e determinar o foco de intervenção, tudo isso em pouco tempo. Foi muito intenso iniciar o conhecimento e relacionamento da equipe e a comunidade junto com nossa intervenção. Além das dificuldades foi muito recompensador trabalhar com uma equipe, esta muito bem organizada e com profissionais de alto nível, que me acolheram e estavam com vontade de colaborar com nosso trabalho. A UBS tem rotina de trabalho muito bem organizada, e profissionais comprometidos com a saúde da população, isso facilitou cumprir as ações do cronograma. Conseguimos fazer uma boa capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações.

Nossas maiores forças foram poder ter o equipamento necessário para realização de busca ativa de usuários HAS e/ou DM e ACS formados ou estudando para serem formados como técnicos em enfermagem. A busca ativa e cadastramento dos usuários da área adstrita no programa foram feita com muita responsabilidade.



Figura 1: Visita domiciliar busca ativa de HAS    Figura 2: Exames na busca ativa de DM



Figura 3: Atendimento médico, busca ativa e cadastro de usuário com HAS.

Realizamos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática (Figura 4), felizmente eles ofereceram apoio na busca ativa e cadastramento dos HAS e/ou DM e no desenvolvimento das estratégias aplicadas durante a intervenção.



Figura 4: Contato com lideranças comunitárias

Inicialmente colocamos cartazes na sala de espera da UBS e nos espaços públicos da comunidade para informar à população sobre o desenvolvimento da intervenção e sua importância para a comunidade.

Organizamos os atendimentos na UBS para facilitar a implementação dos protocolos do MS e conseguir fazer um atendimento com exame clínico de qualidade. Os profissionais tinham bem definidos suas responsabilidades e cada um estava comprometido com seu papel. As palestras feitas para a comunidade e grupo de usuários sobre HAS e DM, tiveram a participação dos profissionais do NASF. Os usuários participaram oferecendo suas experiências e tirando dúvidas. Todos ficaram satisfeitos e consideraram importantes as questões tratadas. A gente sente-se orgulhosa da adesão da população.



Figura 5: Palestra na sala de espera da UBS



Figura 6: Palestra na comunidade.

O trabalho foi organizado em parceria com todos os membros da equipe e o sistema de saúde do município foi fundamental no logro de resultados positivos da intervenção na comunidade e no desenvolvimento das ações previstas no projeto.

No caso da intervenção ser realizada hoje faria encontros com a comunidade prévia ao início da intervenção para discutir, mas abertamente com ela as formas de implementação das ações alcançando maior participação dela na toma de decisões.



### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Apresentamos alguma dificuldade no complemento do cronograma pelos numerosos feriados que houve durante a intervenção e provocaram atrasos e mudança de planos, mas foram adaptados e a equipe continuou trabalhando com o mesmo entusiasmo.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

No começo estavam faltando algumas fichas espelho para a coleta de dados, mas a equipe conseguiu solucionar e fazer as cópias necessárias. O preenchimento das fichas espelho facilitou a coleta de dados. No início a gente apresentou algumas dificuldades com o fechamento das planilhas de coletas de dados e o cálculo dos indicadores, questão que foi solucionada com as orientações de nossa orientadora e a melhor organização dos registros.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A equipe conseguiu inserir a intervenção na rotina de funcionamento da UBS da nossa área de atuação e os usuários estão satisfeitos com as mudanças que geraram melhorias nos atendimentos. Mesmo com a finalização do curso a equipe vai continuar com a busca ativa e cadastramento dos HAS e/ou DM da área adstrita, realização de palestras e encontros com a comunidade. A equipe conseguiu parceria com os profissionais do centro odontológico e do laboratório clínico para suprir as necessidades de atendimento odontológico e exames complementares dos usuários, assim o pessoal do laboratório clínico faz coleta de amostras para exames, toda terça-feira na UBS, o que garante que a maioria dos usuários tenham seus exames complementares em dia.

Não conseguimos atingir algumas metas, mas a equipe terminou a intervenção com muita satisfação. A qualidade dos atendimentos e os registros de usuários com HAS e DM de nossa equipe ganharam qualidade e organização com o

desenvolvimento da intervenção, a população ficou mais sensibilizada com a necessidade da prevenção e controle da HAS e DM, além de valorizar mais o trabalho dos profissionais da equipe. Os profissionais da equipe estão comprometidos para manter as melhorias alcançadas com a intervenção e continuar trabalhando com qualidade e manter os registros em dia, além de tornar os serviços realizados como rotina na unidade. A intervenção fez sucesso na rotina da UBS.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção foi realizada no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP, durante 12 semanas (3 meses), teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM. A população total da área adstrita à UBS é de 3.490 habitantes, e estimativa de pessoas com 20 anos ou mais é de 2.338 pessoas. A intervenção focalizou o grupo de HAS e/ou DM da área, a estimativa de acordo com a planilha de coleta de dados (VIGITEL 2011) são de 531 usuários HAS e 131 usuários DM.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da população hipertensa na área de abrangência.

Indicador: cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

A meta era cadastrar 80% dos HAS da área no programa de atenção à HAS e/ou DM. No desenvolvimento da intervenção a cobertura foi aumentando mês a mês, onde no primeiro mês cadastramos 83 (15,6%) usuários, no segundo mês 204 (38,4%) e no terceiro mês foram 384 (72,3%) usuários cadastrados (Figura 7). Para desenvolver as ações capacitamos os profissionais sobre o protocolo de HAS, assim fizemos busca ativa e cadastramento dos usuários HAS da área adstrita no programa, com apoio das lideranças comunitárias, durante as visitas domiciliares, encontros com grupos nas comunidades e nas consultas médicas. Nossa maior força foi poder ter o equipamento necessário (3 glucosímetros e esfigmomanômetros) para realização de busca ativa dos usuários e ACS formados ou estudando para serem formados como técnicos de enfermagem tendo assim os conhecimentos

necessários para fazer as ações com maior qualidade. Consideramos ter um bom resultado além de não termos alcançado a meta chegamos perto e avaliamos um número muito bom de usuários. A melhora na qualidade dos serviços é evidente, o que faz a diferença e estimula a manter nosso trabalho.

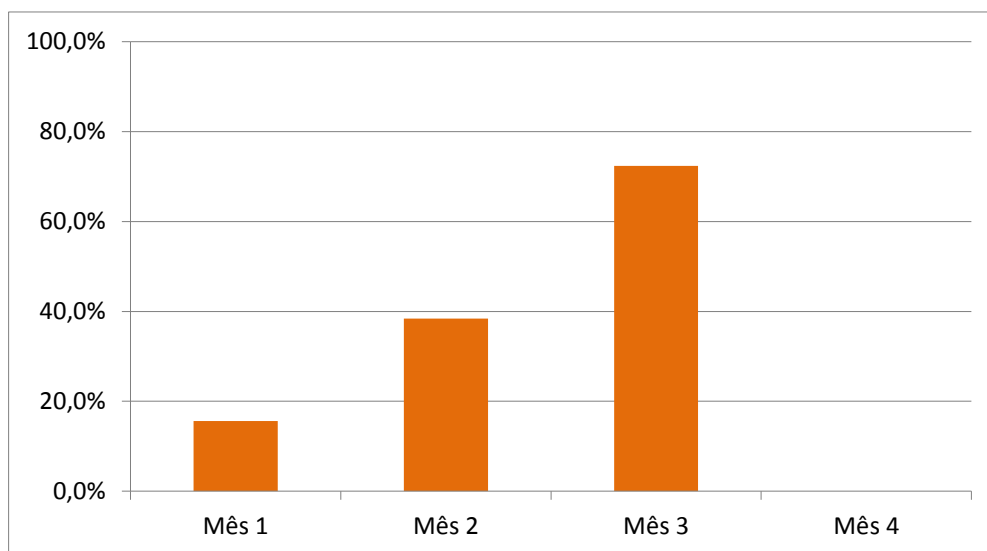


Figura 7 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Objetivo 1.2: ampliar a cobertura da população diabética na unidade de saúde.

Indicador: cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Os profissionais da UBS receberam capacitação sobre o programa de diabetes e com apoio da comunidade, nas visitas domiciliares, nos atendimentos médicos, de enfermagem e nos encontros com grupos nas comunidades fizeram a busca ativa e cadastramento dos diabéticos da área adstrita ao programa. Foi de muita importância ter os equipamentos necessários e os profissionais bem preparados para desenvolver as ações com qualidade. Durante os 3 meses de intervenção cadastramos no total 103 (78,6%) usuários DM, nosso objetivo era cadastrar 80% dos usuários, o percentual não chegou em 80%, mas se arredondarmos esse valor, podemos dizer que a meta foi atingida. Durante o primeiro mês cadastramos 37 (28%) usuários DM, no segundo mês 76 (58%) e no terceiro mês 103 (78,6%) usuários foram cadastrados (Figura 8).

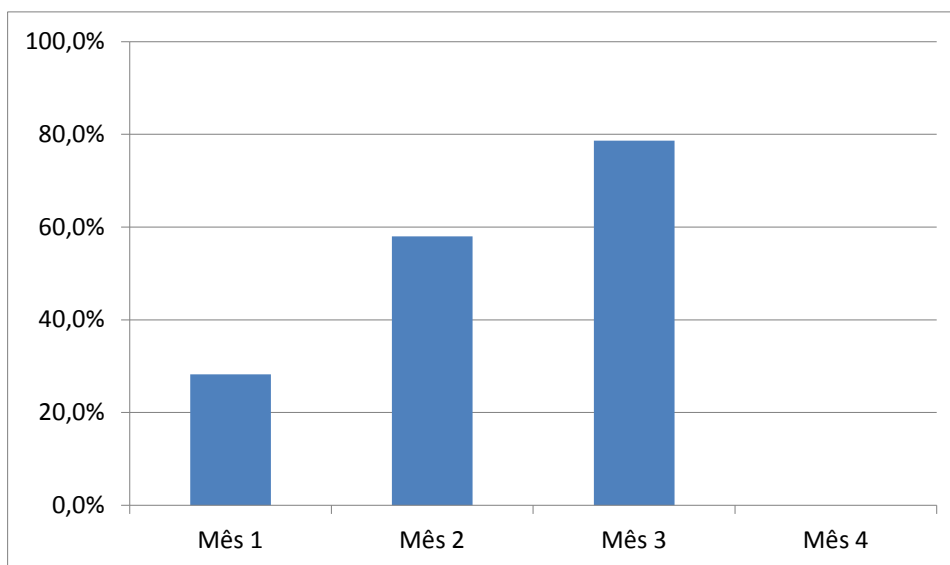


Figura 8 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Objetivo 2.: melhorar a qualidade de atenção ao hipertenso em nossa UBS.

Indicador: proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Organizamos os atendimentos na UBS para facilitar a implementação dos protocolos do Ministério da Saúde e conseguir fazer um atendimento com exame clínico de qualidade. Assim os profissionais tinham bem definidos suas responsabilidades e o usuário iniciava o processo de exame clínico desde seu acolhimento na pré-consulta o que facilitou atingir nossa meta em 100% de cobertura. No primeiro mês cadastramos 83 (100%) usuários HAS, no segundo mês 204 (100%) e no terceiro mês 384 (100%) usuários DM estavam com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Objetivo 2.1: melhorar a qualidade de atenção ao diabético em nossa UBS.

Indicador: proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Após a implementação na rotina de nossa UBS os protocolos do Ministério da Saúde, melhoraram significativamente os atendimentos. O usuário inicia o exame clínico no acolhimento durante a pré-consulta, garantindo a qualidade do processo. Assim atingimos nossa meta que era de 100% dos usuários com DM cadastrados,

com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês foram cadastrados 37 (100%) usuários, no segundo mês 76 (100%) e no terceiro mês 103 (100%) usuários DM estavam com todos os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.

Objetivo 2.: melhorar a qualidade de atenção ao hipertenso em nossa UBS.

Indicador: proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A equipe conseguiu parceria com os profissionais do laboratório clínico, assim eles realizaram coleta das amostras para os exames, toda terça-feira na UBS. Também realizamos requisições oportunas durante as visitas domiciliares e nos atendimentos na UBS, garantindo fazer os exames complementares em dia. Inicialmente o primeiro mês teve 74 (89,2%) usuários cadastrados, já no segundo mês tivemos 163 (79,9%) usuários. No final da intervenção conseguimos apenas 320 (83,3%) dos usuários HAS cadastrados com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo (Figura 9). Não atingimos 100% como era nossa meta, devido fundamentalmente a alguns resultados que não chegaram na hora e alguns usuários ainda não colheram a amostra, mas chegamos perto e isso faz que o resultado seja considerado bom.

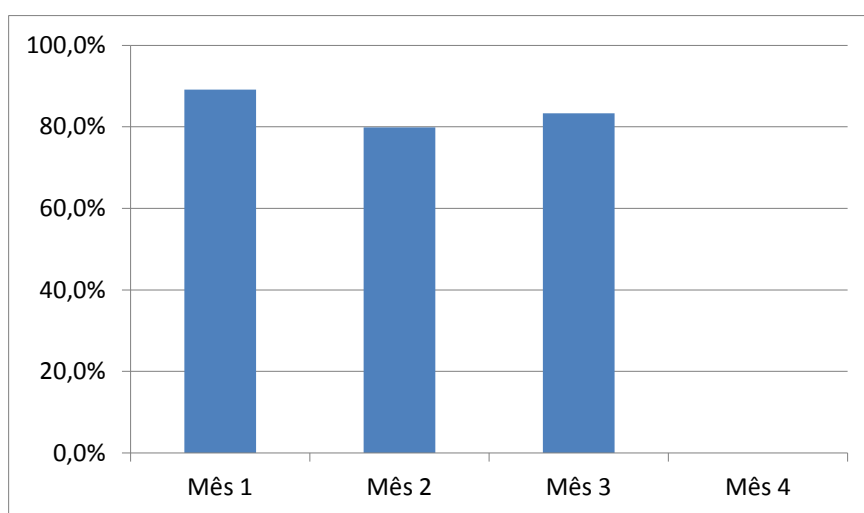


Figura 9 - Proporção de hipertensos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Objetivo 2.1: melhorar a qualidade de atenção ao diabético na UBS.

Indicador: proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Nossa meta foi garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Estabelecemos parceria com o laboratório clínico para fazer coleta na unidade e fizemos a requisição dos exames oportunamente nas visitas domiciliares e nos atendimentos na UBS, mas não atingimos a meta além do resultado ser bom. Alguns usuários não realizaram coleta e outros resultados atrasaram para chegar até a unidade. No final da intervenção tivemos 88 (85,4 %) usuários DM cadastrados com os exames complementares em dia. Inicialmente o primeiro mês foram 30 (81,1%) usuários cadastrados, já no segundo mês tivemos 61 (80,3%) e no terceiro mês foram 88 (85,4%) usuários estavam com exames complementares em dia (Figura 10).

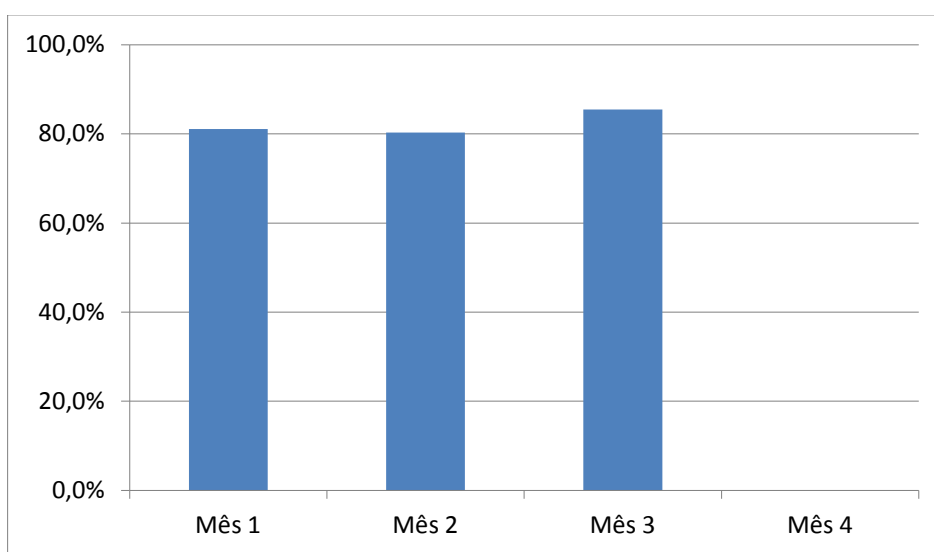


Figura 10 - Proporção de diabéticos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Objetivo 2: melhorar a qualidade de atenção ao hipertenso na UBS.

Indicador: proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos HAS cadastrados na unidade de saúde foi nossa meta. Durante cada mês de

intervenção foi aumentada a porcentagem de usuários cadastrados com prescrição de medicamentos da farmácia popular. No primeiro mês tiveram prescrição 67 (83,8%) usuários, já no segundo mês foram 174 (86,6%) e no terceiro mês e último mês conseguimos ter 345 (90,6%) usuários HAS fazendo uso dos medicamentos da farmácia popular, o que constituiu um bom resultado (Figura 11). A dificuldade para alcançar a meta foi usuários que além de serem acompanhados na UBS, também possuem suporte na rede particular.

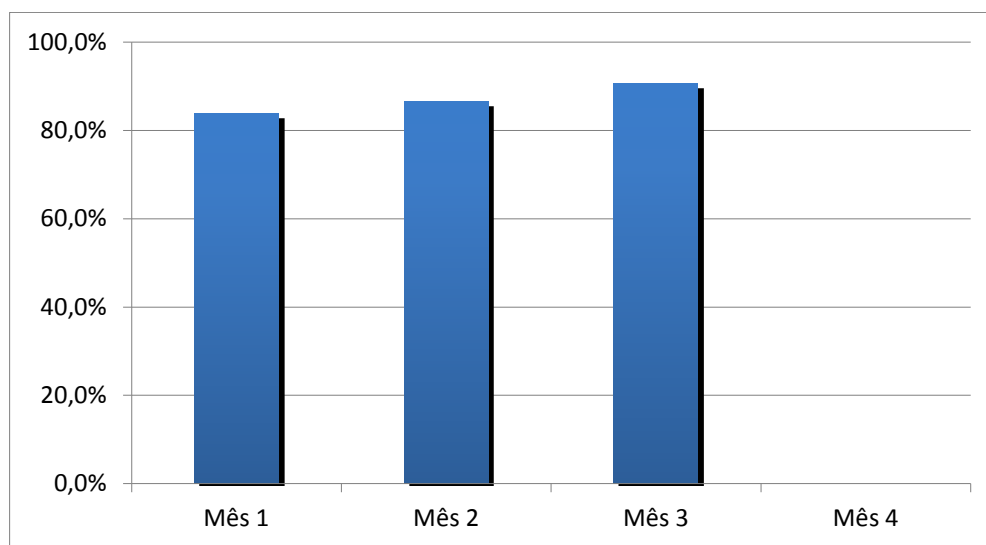


Figura 11 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.  
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Objetivo 2.1: melhorar a qualidade de atenção ao diabético na UBS.

Indicador: proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Em nossos atendimentos médicos priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular aos DM cadastrados na unidade de saúde, além de não atingir a meta em 100%, conseguimos 88,3% dos usuários fazendo uso dos medicamentos da farmácia popular. O primeiro mês foram 30 (81,1 %) usuários com esta prescrição, no segundo mês 65 (85,5%) usuários e no terceiro mês 91 (88,3%) DM tinham prescrição de medicamentos deste programa (Figura 12). A maior dificuldade foi ter usuários que além de serem acompanhados na UBS possuem planos de saúde e vão até a rede particular, onde os profissionais (da rede particular) não gostam do uso de medicamentos genéricos e estimulam o uso de outros medicamentos de marca comercial.



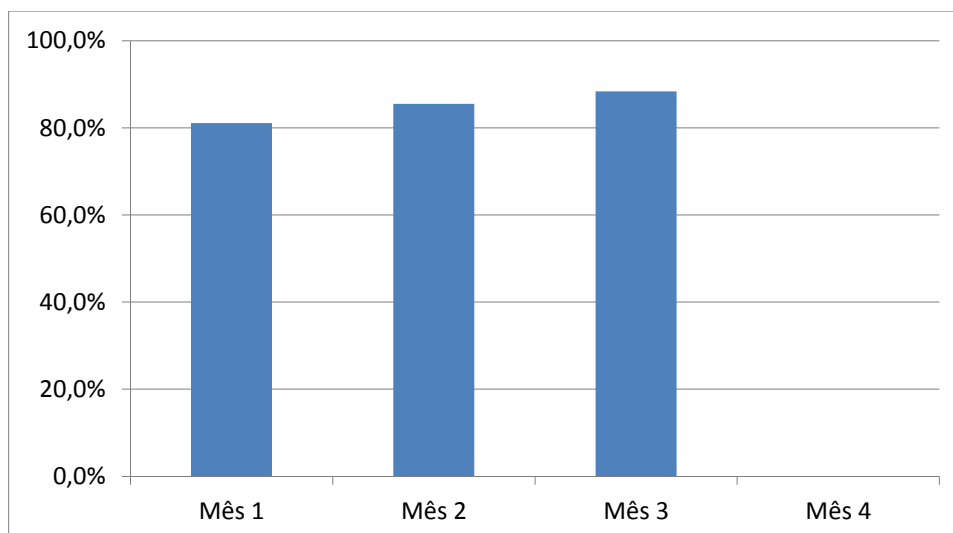


Figura 12 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.  
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Objetivo 2: melhorar a qualidade de atenção ao hipertenso na UBS.

Indicador: proporção de hipertensos com avaliação de necessidades de atendimentos odontológicos.

A equipe fez parceria com os profissionais do centro odontológico, os dentistas participaram de nossas palestras nas comunidades e capacitaram os profissionais da equipe para nas visitas domiciliares e nos atendimentos realizar a avaliação das necessidades de atendimento odontológico e fazer os devidos encaminhamentos. Neste sentido, atingimos nossa meta em 100% de cobertura, sendo no primeiro mês 83 (100%) usuários avaliados, no segundo mês 204 (100%) e no terceiro mês 384 (100%) pessoas com DM foram avaliadas em relação à necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 2.1: melhorar a qualidade de atenção ao diabético na UBS.

Indicador: proporção de diabéticos com avaliação de necessidades de atendimentos odontológicos.

Com a parceria dos profissionais do centro odontológico a equipe conseguiu capacitar os profissionais para fazer uma adequada avaliação das necessidades de atendimento odontológicas de nossos usuários com DM, durante as visitas domiciliares e nos atendimentos na UBS. No primeiro mês foram avaliados 37

(100%) usuários, no segundo mês 76 (100%) e no terceiro mês 103 (100%) usuários foram avaliados.

O objetivo 3: melhorar a adesão dos hipertensos ao programa.

Indicador: proporção de hipertensos faltosos a consulta com busca ativa.

A meta foi atingida todos os meses da intervenção, foram realizadas busca ativa para 100% dos usuários HAS faltosos às consultas médicas. No primeiro mês tivemos 4 (100%) usuários que estavam faltosos, no segundo mês 22 (100%) e no terceiro mês 21 (100%) usuários estavam faltosos. Os ACS controlaram suas áreas de abrangência e realizaram visitas domiciliares para todos os faltosos.

O objetivo 3.1: melhorar a adesão dos diabéticos ao programa.

Indicador: proporção de diabéticos faltosos a consulta com busca ativa.

Na UBS temos registro de atendimentos aos usuários com DM, assim os ACS controlam em sua área de abrangência à assistência aos usuários e fazem visitas domiciliares aos faltosos. Garantindo o cumprimento de nossa meta com busca ativa de 100% dos usuários faltosos à consulta, no primeiro mês tivemos 4 (100%) faltosos, no segundo mês 11 (100%) e no terceiro mês 10 (100%) usuários estiveram faltosos as consultas.

O objetivo 4: melhorar o registro das informações dos hipertensos em nossa UBS.

Indicador: proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Manter 100% dos usuários HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento foi nossa meta. Com a implementação do sistema de registros na UBS como estabelecem os protocolos do Ministério da Saúde e uso sistematizado pelos profissionais das fichas espelho na rotina da UBS, atingimos 96,9% de cobertura. No primeiro mês 82 (98,8%) usuários estavam com registro adequado, no segundo mês 186 (91,2%) e no terceiro mês 372 (96,9 %) usuários estavam com os registros adequados (Figura 13).

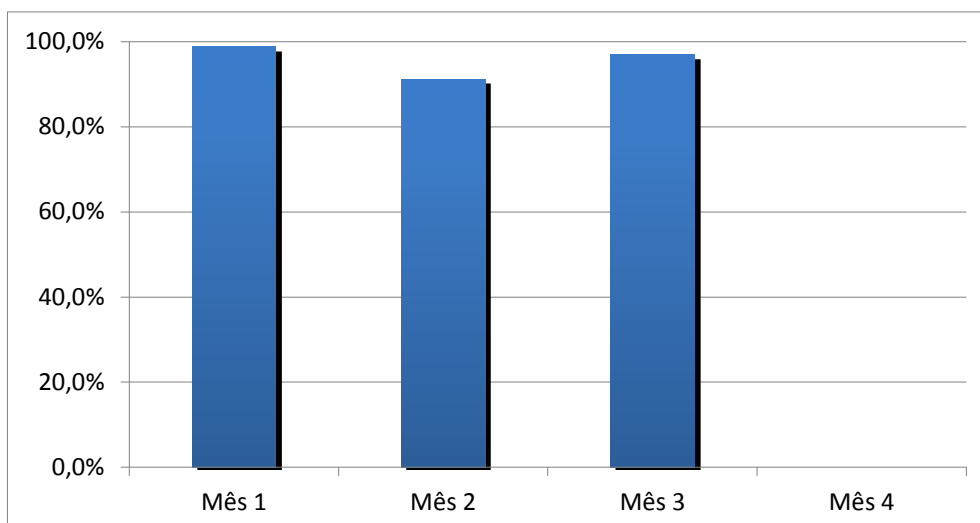


Figura 13 - Proporção de hipertensos com registros adequados na ficha de acompanhamento no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

O objetivo 4.1: melhorar o registro das informações dos diabéticos em nossa UBS.

Indicador: proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês da intervenção 36 (97,3%) dos usuários cadastrados tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento, 67 (88,2%) no segundo mês e finalizando o terceiro mês com 99 (96,1%) usuários com registro adequado (Figura 14). Acreditamos ser um bom resultado, atingido com o uso das fichas espelhos e a implementação dos registros dos protocolos do Ministério da Saúde, melhorando a qualidade dos atendimentos aos usuários e o sistema de registros da UBS.

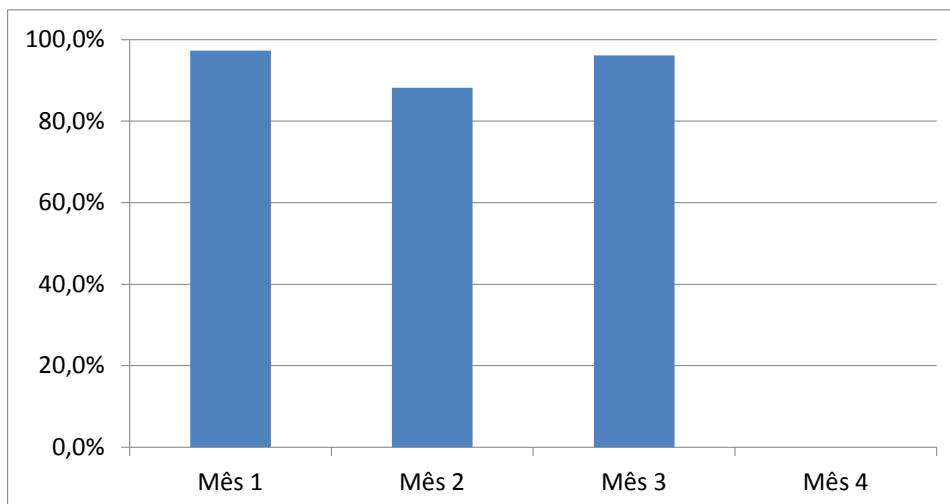


Figura 14 - Proporção de diabéticos com registros adequado na ficha de acompanhamento no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.  
 Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

O objetivo 5: mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular.

Indicador: proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Com o comprometimento dos profissionais realizamos atendimento clínico aos usuários durante a consulta médica e nas visitas domiciliares de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde, incluindo estratificação de risco cardiovascular, assim atingimos a meta em 100% de cobertura. No primeiro mês 83 (100%) usuários foram avaliados, no segundo mês 204 (100%) e no terceiro mês 384 (100%) usuários estavam com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

O objetivo 5.1: mapear diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Indicador: proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Em nossa intervenção atingimos a meta de 100% dos usuários DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. No primeiro mês foram 37 (100%) usuários, no segundo mês 76 (100%) e no terceiro mês 103 (100%) usuários estavam com esta avaliação em dia. Este resultado foi possível devido à boa qualidade de nossos atendimentos clínicos de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde.

O objetivo 6: promover a saúde dos hipertensos.

Indicador: proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Na rotina da UBS estabelecemos as palestras na sala de espera antes dos atendimentos clínicos, além das orientações no final dos atendimentos, palestras nas comunidades e participação da nutricionista do NASF, fez possível atingir 100% de cobertura nesta meta. No primeiro mês 83 (100%) usuários tiveram orientação, no segundo mês 204 (100%) e no terceiro mês 384 (100%) usuários foram orientados sobre alimentação saudável.

O objetivo 6.1: promover a saúde dos diabéticos.

Indicador: proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A equipe atingiu 100% da meta em relação à orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários DM. No primeiro mês 37 (100%) foram orientados, no segundo mês 76 (100%) e no terceiro mês 103 (100%) usuários tiveram orientação. Ações como as palestras na sala de espera antes dos atendimentos clínicos, as orientações no final dos atendimentos e as palestras nas comunidades com a participação da nutricionista do NASF fizeram possível esse sucesso.

O objetivo 6: promover a saúde dos hipertensos.

Indicador: proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Atingimos a meta de 100% dos usuários com orientação sobre prática de atividade física regular. No primeiro mês 83 (100%) foram orientados, no segundo mês 204 (100%) e no terceiro mês 384 (100%) usuários HAS tiveram esta orientação. Ações como as orientações nos atendimentos clínicos, nas visitas domiciliares, palestras na UBS e nas comunidades junto ao educador físico do NASF formam parte da rotina da UBS e garantiram o bom resultado.

O objetivo 6.1: promover a saúde dos diabéticos.

Indicador: proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Nossa parceria com o NASF nas palestras para a comunidade com a participação do educador físico junto às orientações nos atendimentos clínicos, nas visitas domiciliares e palestras na UBS antes dos atendimentos clínicos, fizeram possível atingir a meta em 100% de cobertura. No primeiro mês foram 37 (100%) usuários orientados, no segundo mês 76 (100%) e no terceiro mês 103 (100%) usuários cadastrados e orientados.

O objetivo 6: promover a saúde dos hipertensos.

Indicador: proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Com o apoio dos profissionais para as orientações nos diversos cenários da UBS e na comunidade junto a o uso de cartazes e palestras, alcançamos 100% de usuários que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês foram 83 (100%) usuários, no segundo mês 204 (100%) e no terceiro mês 384 (100%) usuários HAS receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Objetivo 6.1: promover a saúde dos diabéticos.

Indicador: proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Devido a um intenso trabalho, 100% dos usuários receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, ação esta realizada pelos profissionais da equipe nos atendimentos clínicos, nas visitas domiciliares, nas palestras e cartazes colocados na UBS e nos cenários da comunidade. No primeiro mês 37 (100%) DM receberam orientação, no segundo mês 76 (100%) e no terceiro mês 103 (100%) usuários foram orientados sobre os riscos do tabagismo.

Objetivo 6: promover a saúde dos hipertensos.

Indicador: proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Estabelecemos parceria com os profissionais do centro odontológico para participar junto aos profissionais da equipe, nas palestras para comunidade e no

início dos atendimentos clínicos na UBS. Neste sentido, 100% dos usuários HAS receberam orientação sobre higiene bucal, onde no primeiro mês foram 83 (100%) usuários, no segundo mês 204 (100%) e no terceiro mês 384 (100%) usuários receberam orientação sobre higiene bucal.

Objetivo 6.1: promover a saúde dos diabéticos.

Indicador: proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Nossos profissionais em parceria com os profissionais do centro odontológico mediante palestras na comunidade e no início dos atendimentos clínicos na UBS, além das visitas domiciliares, fizeram possível chegar em 100% de cobertura para esta meta. No primeiro mês foram 37 (100%) usuários, no segundo mês 76 (100%) e no terceiro mês 103 (100%) usuários DM diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal.

## **4.2 Discussão**

A intervenção no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP propiciou melhoria na atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM. A cobertura de atenção atingida foi de 72,3% para os usuários HAS e 78,6% para os DM, não atingimos as metas de cobertura estabelecidas, porém chegamos perto do que foi proposto. Melhorou-se a qualidade da atenção, dos registros e os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo. Também foi estabelecida a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Realizamos visitas domiciliares e a formação de grupos de HAS e/ou DM para o desenvolvimento das atividades educativas. Os resultados foram satisfatórios, sendo um sucesso.

A intervenção foi um desafio que a equipe aceitou com entusiasmo e desejo de fazer sucesso. Os profissionais precisaram se capacitar sobre o protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde que estabelece recomendações relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de usuários HAS e DM. Organizamos os atendimentos na UBS para facilitar a implementação dos

protocolos. Os profissionais tinham bem definido suas responsabilidades durante as ações e cada um estava comprometido com seu papel. A recepcionista foi a responsável pelos registros de agendamento de consultas e controle dos faltosos. Os ACS foram o elemento chave na busca ativa e cadastramento dos usuários HAS e/ou DM da área adstrita à UBS e na busca ativa dos usuários faltosos as consultas.

A médica, enfermeira e a auxiliar em enfermagem ficaram responsáveis pela qualidade do atendimento clínico dos DM e/ou HAS, pelo preenchimento das fichas espelhos, controle dos registros e monitoramento da intervenção além de estabelecer a parceria com as lideranças comunitárias e o sistema de saúde do município para o desenvolvimento das ações. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades do serviço, sendo necessário fazer algumas mudanças no horário de chegada dos usuários agendados, que não prejudicou e sim melhorou o funcionamento da UBS. Em geral podemos dizer que a intervenção fortaleceu o trabalho da equipe.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos HAS e/ou DM eram concentradas na médica e na enfermeira e não seguiam o que era estabelecido pelo protocolo do Ministério da Saúde. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de usuários e de seus familiares. Implantamos o protocolo do Ministério da Saúde e assim conseguimos melhorar a organização dos serviços, registros e agendamentos de usuários com HAS e DM viabilizando a otimização da agenda para atenção à demanda espontânea. A qualidade dos atendimentos têm sido importante para a classificação de risco dos HAS e DM permitindo priorizar o atendimento dos mesmos. O trabalho em parceria com o sistema único de saúde do município permitiu incorporar a rotina de serviço e a coleta de exames complementares. Com melhor organização do serviço é visível o aumento da produtividade e qualidade do trabalho da equipe em geral, sendo relevante para o ótimo funcionamento da UBS.

Posso avaliar que foi muito importante à intervenção para a comunidade. Os usuários demonstraram satisfação com a melhoria na qualidade e a prioridade do atendimento. Além de gerar insatisfação na sala de espera em alguns membros da comunidade ainda não estavam sensibilizados com o motivo desta priorização, a maioria deles, com a divulgação da intervenção, se sentiram envolvidos e colaboraram neste processo. Apesar da melhora da cobertura do programa ainda



temos muitos HAS e DM sem cobertura, pelo qual ainda temos muito trabalho pela frente. Nossa força é ter uma comunidade ciente da importância da intervenção, satisfeita com nosso trabalho e desejosa de colaborar para continuar fazendo sucesso.

O relatório da análise situacional da UBS e determinação do foco de intervenção foram importantes para iniciar a intervenção. Infelizmente faltou tempo para discutir e planejar com a equipe e comunidade as ações a serem desenvolvidas, também faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios para priorização da atenção e discutir maneira de programar isto. Então precisamos substituir o diálogo com a comunidade pelos cartazes de informação, isso tornou a comunicação impessoal. Vale a pena ressaltar que fui realocada de município e isso fez com que não tivéssemos tempo suficiente para desenvolver todas as ações. Fomos conhecendo a equipe e a comunidade junto com desenvolvimento da intervenção.

Com o final da intervenção a equipe está mais integrada e contamos com o apoio das lideranças comunitárias e da comunidade em geral, temos condições para manter a intervenção como parte da rotina da UBS e melhorar os indicadores alcançados. Vamos continuar com a busca ativa e cadastramento dos HAS e/ou DM da área adstrita, realização de palestras e encontros com a comunidade, aperfeiçoando nossos registros para coletar e monitorar os indicadores garantindo a qualidade dos atendimentos aos usuários.

A partir deste projeto como exemplo, mais para frente pretendemos implementar na UBS o programa de atenção a saúde da pessoa idosa e envelhecimento. O fato mais marcante para a sociedade atual é o processo de envelhecimento populacional o que faz desse um programa muito importante para melhorar a qualidade de vida de nossos idosos.

## **5 Relatório da intervenção para os gestores**

À Secretaria Municipal de Saúde,

A intervenção em nossa UBS do Itaguá, Ubatuba / SP foi feita com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM. A equipe precisou se capacitar e se organizar para inserir as ações da intervenção na rotina da UBS, facilitando assim a implementação dos protocolos do Ministério da Saúde. Foi importante o apoio da secretaria de saúde na disponibilização de materiais (pastas, folhas, canetas, cadernos) para os registros e equipamentos (esfimomanômetros, glucosímetros e fitas) para a busca ativa de HAS e/ou DM, assim como, o transporte para as visitas domiciliares. A intervenção foi inserida na rotina da UBS garantindo a realização de todos os serviços.

Os profissionais tiveram bem definidos suas responsabilidades e cada um estava comprometido com seu papel nas ações programáticas estabelecidas pelo cronograma para facilitar a implementação das ações. Aperfeiçoamos os registros e a agenda, conseguindo aumentar a qualidade e o número de atendimentos e visitas domiciliares para realização da busca ativa de usuários HAS e/ou DM. Assim, chegamos em 72,3% de cobertura para os usuários com HAS e 78,6% para os com DM (Figuras 1 e 2).

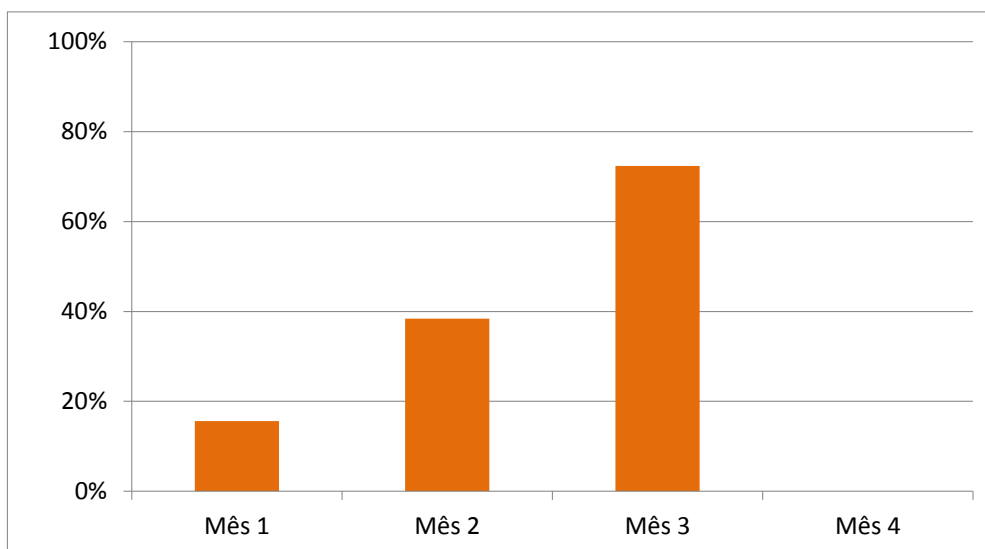


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

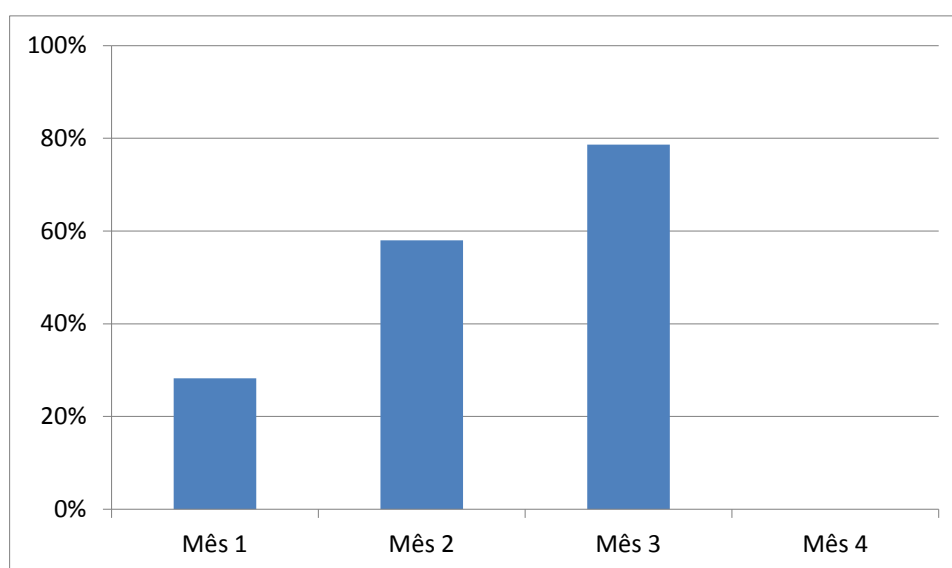


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Garantimos que 100% dos usuários HAS e DM estivessem com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Em relação aos exames complementares em dia, ao final da intervenção 83,3% (320) dos usuários HAS e 85,4% (88) dos DM estavam com os exames em dia de acordo com o protocolo.

Conseguimos melhorar a adesão da população com a busca ativa dos usuários faltosos a consulta. Em parceria com o laboratório clínico que faz coleta na

UBS garantimos que a maioria dos usuários tivessem seus exames complementares em dia. Com a sistematização do trabalho os usuários estão com registro adequado nas fichas de acompanhamento e a maioria deles faz uso dos medicamentos do programa farmácia popular. Em parceria com o NASF e o CEO realizamos palestras nas comunidades para oferecer orientação sobre risco de tabagismo, higiene bucal, alimentação saudável e a prática sistemática de atividade física.

Todas estas ações foram muito bem aceitas pela população, que se sentiu satisfeita com a melhoria dos serviços, o que é nosso maior prêmio. Com melhor organização do serviço é visível o aumento da produtividade e qualidade do trabalho da equipe em geral, sendo relevante para o ótimo funcionamento da UBS. Seria preciso a gestão proporcionar para nossa UBS, os protocolos do Ministério da Saúde para os outros programas prioritários e também um espaço de diálogo e materiais didáticos para a equipe plantar a “semente positiva” que foi esta intervenção. Para assim, continuarmos trabalhando na otimização dos serviços em relação aos outros programas como é de nossa vontade.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Comunidade,

A intervenção no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP foi feita com o objetivo de propiciar melhorias na atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM. Para o desenvolvimento dela a equipe precisou se capacitar e organizar para inserir as ações da intervenção na rotina da UBS. Inicialmente tivemos encontros com as lideranças comunitárias para informar eles de nosso trabalho e sua importância além de solicitar seu apoio, felizmente eles entenderam e nos apoiaram.

O trabalho foi organizado em parceria com todos os membros da equipe e o sistema de saúde do município. Assim iniciamos a intervenção com a organização dos atendimentos na UBS, para facilitar a implementação dos protocolos do Ministério da Saúde e conseguir fazer um atendimento com exame clínico e complementar de qualidade. Inicialmente fizemos algumas mudanças na rotina da UBS priorizando o atendimento a HAS e DM, no começo gerou insatisfação na sala de espera em um membro da comunidade que ainda não sensibilizado com o motivo e a importância desta priorização, mas pouco a pouco com a divulgação da intervenção, todos os usuários colaboraram no processo.

A equipe conseguiu inserir a intervenção na rotina da UBS garantindo os serviços de acordo com o protocolo. Assim fizemos busca ativa e cadastramento dos HAS e/ou DM de nossa área durante os atendimentos clínicos realizados pela

médica, enfermeira e nas visitas domiciliares pelos ACS. As técnicas em enfermagem, a médica e a enfermeira conseguiram cadastrar durante os 3 meses de intervenção 384 (72,3%) usuários com HAS e 103 (78,6%) usuários com DM (Figuras 1 e 2). Além disso, conseguimos que 100% dos usuários HAS e/ou DM estivessem com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Também realizamos busca ativa para 100% dos usuários HAS e/ou DM faltosos às consultas, melhorando a adesão ao programa.

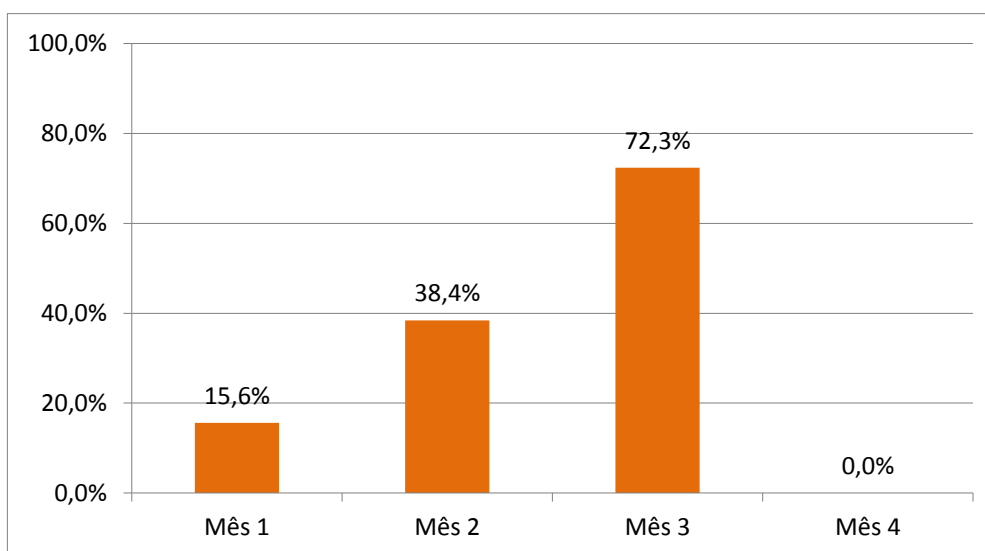


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

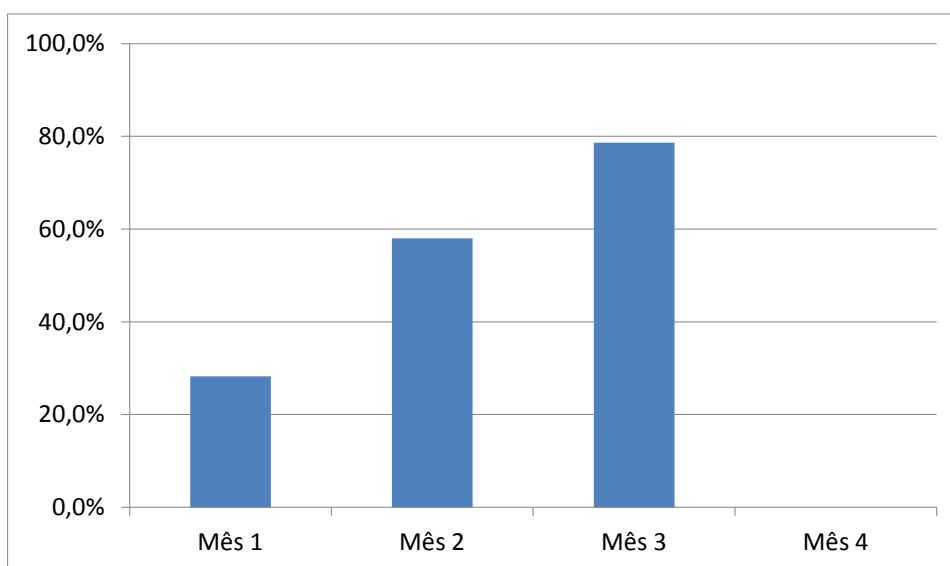


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes no PAS do Itaguá, Ubatuba / SP. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Realizamos parceria com os profissionais do CEO e do laboratório clínico para suprir as necessidades de atendimento odontológico e exames complementares dos usuários, assim o pessoal do laboratório clínico fez coleta de amostras para exames, toda terça-feira na UBS, o que garantiu que a maioria dos usuários tivessem seus exames complementares em dia. Este serviço também beneficiará todos os usuários da UBS. Fizemos encontros e palestras na comunidade com a participação de grupos de HAS e DM sobre, risco do tabagismo, higiene bucal, prática de atividade física regular, alimentação saudável e higiene bucal, garantindo assim maior qualidade de saúde para toda a comunidade.

Após o término da intervenção a equipe garantiu mantê-la incorporada à rotina da UBS, assim iremos continuar com a busca ativa e cadastramento dos HAS e/ou DM da área adstrita, realização de palestras e encontros com a comunidade, para propiciar informações necessárias sobre a importância da prevenção e controle da HAS e DM, sistematizando o trabalho educativo na comunidade. Continuaremos aperfeiçoando nossos registros para coletar e monitorar os indicadores, garantindo qualidade dos atendimentos aos usuários e melhorar a organização dos serviços como agendamentos, viabilizando a otimização da agenda para a atenção a um maior número de pessoas. O apoio das lideranças comunitárias e a participação da população nas atividades a serem desenvolvidas na comunidade, acompanhando o trabalho dos profissionais da equipe vão ser muito importantes para o sucesso continuado e melhorar os serviços da UBS. A equipe está satisfeita com os resultados da intervenção e comprometida para continuar trabalhando pela saúde da comunidade.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Refletindo sobre meu processo pessoal de aprendizagem é importante reconhecer as dificuldades com o trabalho no curso quanto ao não cumprimento com os prazos de entrega das tarefas e poucas intervenções nos fóruns, seja por dificuldades com o acesso à internet ou outras causas que atrapalhem o bom desenvolvimento.

Quanto às minhas expectativas e significado no curso foi sempre importante o conhecimento sobre a organização e gestão na APS. Os questionários com as questões reflexivas junto ao Relatório de Análise Situacional foram uma ferramenta muito significativa de trabalho na UBS, ajudando-me a melhorar os controles e traçar estratégias, com uma visão crítica da realidade do trabalho em saúde e as necessidades sociais da população, para uma integração entre o programa de saúde da família e a população, fiquei muito agradecida.

Os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso são os relacionados aos programas desenvolvidos na APS e os protocolos do Ministério da Saúde, porque como já falei contribuíram muito na melhoria da qualidade dos serviços na UBS e minha superação pessoal. Além disso, considero muito importante o relativo aos casos clínicos que contribuem para exercitar nosso pensamento científico e enriquecer nossos conhecimentos.

Foi uma experiência muito relevante o fato de ter sido realocada no meio do curso o que além de exigir-me refazer algumas tarefas me permitiu ter uma visão da realidade da APS concentrada no programa de Saúde da Família em duas regiões tão diferentes como são o nordeste e o sudeste do Brasil. Foram as ferramentas



aprendidas no curso quanto à organização e gestão na APS minha maior força para me inserir na realidade da UBS e superar o desafio de iniciar o trabalho de fazer o relatório da unidade para determinar o foco da intervenção, além da inserção da intervenção na rotina da UBS, promoveu melhorar a qualidade dos serviços alcançando maior adesão da população que está satisfeita e valoriza nosso trabalho.

### **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Cadernos de atenção Básica, 7 Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus: protocolo /Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Estratégia para cuidado de pessoas com doenças crônicas. Diabetes Mellitus Brasília, 2013.

## **Anexos**

## Anexo A - Planilha de coleta de dados

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	377	→	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	98	→	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção					
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Considere as pessoas que são <b>APENAS DIABÉTICOS</b> residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção					

*Estimativa no território	
População total	3490
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	2338,3
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	531
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	131

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																	
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertido ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	JOSEFINA MOLA REIS	63	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
2	GERALDO DE SOUSA RIM	68	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1
3	LUCIA CARLOS BARBOSA	48	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
4	PALMERA LOPES DOS SANTOS	79	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
5	BENADITO ALVES DOS SANTO	59	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
6	MANOEL ALEXANDRE SIMÃO	79	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
7	QUEL PERES BORGES	30	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
8	MARGARIDA SEBASTIANA SANTOS	52	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1
9	BENILDA ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO	44	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1
10	ELAINE ALVES DOS SANTOS	35	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
11	MARGARIDA ALEXANDRE PERES	81	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
12	LAURA BARBOSA FERREIRA	69	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
13	MANOEL ALEXANDRE FERREIRA	79	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
14	GUSTAVO DE JESUS LOPES RODRIGI	47	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
15	LIDIA PERES CUNHA	53	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
16	LIVIA IRIANA KATHLEEN ABIBI	30	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
17	JURACY DIAS CORREA	61	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
18	HELEONICE DEUSDARA TAIRINDO	59	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
19	MARIA MAGDALENA DE OLIVEIRA	61	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1
20	AMARILDO ALEXANDRE SIMÃO	50	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
21	TEDI TELLES DOS SANTOS	37	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1



**Anexo C - Documento do comitê de ética**

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA</b> <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Dural Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.